V.G. AUPHAN

L'INFLAMMATION CURATIVE

Thèse de Montpellier

1850

Suppl. 60,036/c

Suppl
AUPHAN, V. G.
4to ed.

ESSAI

N° 40.

SUR

L'INFLAMMATION

CURATIVE,

AU POINT DE VUE CHIRURGICAL.

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier,

LE 13 MAI 1850;

Par V.-G. AUPHAN,

D'ALAIS (GARD);

Ex-Chirurgien interne de l'hôpital d'Alais; Membre titulaire de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Montpellier;

Pour obtenir le Grade de DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE L. CRISTIN ET C^e^, RUE DU PALAIS, 36.

1850.

A Monsieur A.-H. SERRE,

d'Alais,

Docteur en Médecine, Chevalier de la Légion-d'Honneur.

Vous à qui je dois d'avoir embrassé la carrière de la médecine, qui n'avez jamais cessé de m'éclairer de vos excellents conseils, recevez ce faible tribut de la plus profonde gratitude.

A MONSIEUR A. COURTY,

Professeur-Agrégé à la Faculté de Médecine.

Hommage de reconnaissance.

328032

V.-G. AUPHAN.

A MON BON PÈRE.

Toi qui fus toujours pour moi le père le plus tendre et l'ami le plus dévoué,

A la meilleure des Mères.

Et toi dont le rôle de mère a été une suite d'abnégations et de sollicitudes !
Toujours heureuse du bonheur de tes enfants !

Chaque instant de ma vie sera désormais consacré à votre bonheur.

V.-G. AUPHAN.

A mon Grand-Père J.-G. AUPHAN

ET

à ma Grand'-Mère FRANCEZON.

Recevez tous deux ici l'hommage de mon sincère et respectueux attachement.

A MES SŒURS.

Toutes deux vous serez toujours réunies dans mon cœur.

A MON BEAU-FRÈRE.

Amitié inaltérable.

A TOUS MES PARENTS.

A MES AMIS.

V.-G. AUPHAN.

ESSAI

SUR

L'INFLAMMATION CURATIVE,

au point de vue chirurgical.

L'inflammation si grave dans certaines maladies, si terrible qu'elle entraîne quelquefois la mort du sujet qui en est atteint, est, dans certaines circonstances, un puissant moyen curateur.

Le caractère constant de toute inflammation est la tendance à la formation d'un produit nouveau ; nous retrouvons cette tendance dans les phénomènes de l'adhésion de la cicatrisation des plaies, etc... Ce but, qui fait de l'inflammation un acte essentiellement créateur, n'est pas toujours apparent ; mais quelque caché qu'il soit, il n'en existe pas

moins comme nous aurons l'occasion de le montrer plus tard.

Quatre symptômes distinctifs signalent d'ailleurs généralement cet état morbide; ce sont : la chaleur, la rougeur, la douleur et la tumeur. Il est vrai de dire que, dans tous les cas, ces symptômes ne se manifestent pas avec la même intensité; mais il ne faut pas pour cela en amoindrir l'importance.

Nous venons de le dire, au point de vue physiologique, l'inflammation est un acte essentiellement créateur. Cet acte présente une unité de caractère, de nature, de but, de résultat, qui ne peut échapper à l'observation.

Admises depuis longtemps dans cette École, ces vues reçoivent tous les jours une nouvelle sanction de l'étude plus approfondie de cet acte naturel. Si, d'une part, l'expression d'*élément inflammatoire*, sous laquelle on le désigne dans les états morbides auxquels il participe, témoigne de l'idée d'unité qu'on s'est faite relativement à son essence, de l'autre l'identité des éléments organiques qu'on lui voit produire toujours et partout, justifie de tous points cette opinion d'essentialité.

Qu'on étudie l'inflammation dans les tissus simples, tels que les tissus cellulaire, fibreux, tendineux, aponévrotique, etc., ou dans les tissus compliqués, tels que la peau, les muscles, les nerfs, les os, etc..., on lui voit offrir alternativement

les mêmes degrés, présenter les mêmes caractères, créer les mêmes produits. Dans les uns comme dans les autres, elle peut être adhésive, granuleuse, purulente.

Quel que soit son degré, les produits qui en naissent ne diffèrent pas essentiellement. L'inflammation est-elle faible, d'une courte durée, terminée par l'adhésion, on voit tout simplement le plasma fibrineux du sang qui a exsudé à travers les parois des vaisseaux s'organiser en fibres, parmi lesquelles on remarque surtout un grand nombre de fibrilles de tissu cellulaire; quelques-unes de ces fibres plus denses, improprement appelées par Henle *fibres de noyau;* d'autres que l'on voit se former directement par l'allongement de globules fibro-plastiques ou fusiformes, et probablement même quelques autres fibres plus larges, ramifiées, appartenant au tissu élastique et qui semblent constituer, autant par leur forme que par leur propriété rétractile, une sorte de passage entre les fibrilles cellulaires et les fibres musculaires lisses de la vie organique. A un degré plus élevé, par exemple, à la surface d'une plaie, d'une brûlure, etc., l'organisation de ce nouveau tissu présente quelques autres particularités, sans que le résultat définitif cesse d'être le même; des bourgeons charnus s'élèvent de tous les points de la surface enflammée. En étudie-t-on la structure, on y découvre des anses vasculaires nombreuses, gorgées de sang,

desquelles suinte le plasma fibrineux organisable. Ce blastème est répandu entre les vaisseaux et à leur surface ; il est semé de ces granules moléculaires qui semblent être la réalisation initiale et la plus simple de l'organisation ; de grands globules granuleux, dont l'origine et la fin nous sont encore inconnues, mais dont la présence ne fait jamais défaut dans cette période de l'inflammation ; des divers éléments fibrinaires qne nous venons d'énumérer et qui se trouvent en instance de formation ; de globules fibro-plastiques, et enfin de globules de pus.

A un degré plus élevé encore et à une période plus avancée de l'acte naturel que nous étudions, les fibrilles, les globules fusiformes et généralement tous les éléments plastiques se condensent, et revêtent d'une couche plus ou moins épaisse les bourgeons charnus et leurs anses vasculaires. Ils constituent dès-lors la membrane pyogénique si bien décrite par Delpech, car c'est de sa surface que va désormais exsuder le pus proprement dit. Cette sécrétion dure plus ou moins longtemps ; après quoi, elle commence à diminuer, pour s'éteindre peu à peu d'une manière complète. En même temps la vascularité diminue dans la surface enflammée, les vaisseaux des bourgeons charnus sont successivement oblitérés et résorbés ; il ne reste plus enfin que la nouvelle formation essentiellement fibreuse de sa nature, composée des mêmes éléments que nous avons vu

tout-à-l'heure constituer le tissu adhésif, avec cette seule différence qu'au lieu d'offrir de simples dimensions linéaires, comme dans la réunion immédiate des deux lèvres d'une plaie, elle a une certaine surface, recouvre toute l'étendue de la plaie et remplace la portion de tissu qui a été détruite. Ainsi se trouve organisé *le tissu de cicatrice ou inodulaire.*

Il est toujours de même nature, quel que soit l'organe ou le tissu normal sur lequel il s'est formé. Ainsi, à de légères différences près, s'établissent les cicatrices adhésives ou suppuratives par première ou par deuxième intention des plaies de la peau, des muqueuses, des tissus fibreux, des muscles, des nerfs, des os. Partout ce tissu est doué de la force de rétraction, si justement attribuée par Delpech aux *inodules ;* mais il faut bien remarquer qu'il ne persiste pas également partout. Ainsi, les cicatrices celluleuses, tendineuses, nerveuses, osseuses, disparaissent peu à peu pour faire place, par un phénomène de substitution organique, à une nouvelle production de tissu cellulaire tendineux, nerveux, osseux (1). Il n'en est pas de même pour les tissus qui ne se *régénèrent* pas ; une cicatrice persiste toujours entre les deux bouts d'un muscle coupé, entre les deux lèvres réunies d'une plaie cutanée

(1) Voy. *Mémoire sur les substitutions organiques*, par M. A. Courty. Paris 1848, pag. 32 à 35.

ou muqueuse, à la surface des plaies de la peau ou des membranes muqueuses suppurées, etc. De là, la rétraction permanente des cicatrices de ces divers organes et les nombreuses difformités dont elles sont suivies, rétraction et difformités qui tiennent d'ailleurs à plusieurs autres causes qu'il serait hors de propos d'examiner ici.

Tels sont les actes propres de l'inflammation, les seuls qui la caractérisent d'une manière formelle. La formation même du pus, que nous venons de signaler comme se rattachant d'une manière si intime à l'inflammation, paraît se produire quelquefois d'une manière si simple, si indépendante de tout phénomène plastique et en même temps d'une manière si générale, si universelle, qu'il semble qu'on doive hésiter alors à la rattacher à l'élément inflammatoire proprement dit, et qu'on soit obligé de la considérer comme une manifestation d'une véritable diathèse purulente.

Quant à l'ulcération et à la gangrène, quoiqu'elles se rattachent souvent à l'inflammation, elles n'en constituent jamais ni le but, ni le produit propre; elles dépendent ou d'un accident particulier d'intensité de l'inflammation qui détermine l'oblitération des vaisseaux, et par suite le ramollissement, la fonte progressive, la mort graduelle ou instantanée, successive ou rapide, partielle ou totale du tissu enflammé; ou quelquefois peut-

être, de la jonction d'un élément morbide spécial qui imprime sa propre nature à l'inflammation, ou contribue à modifier la marche et l'intensité de cette dernière.

La tendance créatrice résume donc pour le physiologiste l'acte inflammatoire. Le chirurgien ne perd jamais de vue ce caractère dont il fait souvent l'application dans la pratique ; mais il ne saurait méconnaître que la suppuration, l'ulcération, la gangrène, quoique ne se rattachant que d'une manière indirecte à l'inflammation, accompagnent souvent celle-ci, peuvent être provoquées par elle et devenir aussi bien des actes curateurs. Aussi, n'y a-t-il aucun inconvénient, et même trouvons-nous plusieurs avantages à ranger tous ces phénomènes sous un même chef au point de vue chirurgical. L'adhésion, la suppuration, l'ulcération, la gangrène peuvent avoir chacune leur but thérapeutique; voici donc comment nous allons les rattacher successivement à notre sujet.

L'inflammation, pour guérir, agit de trois façons : ou elle crée, ou elle détruit, ou elle modifie. De là, trois genres d'inflammation curative : une inflammation réparatrice, une inflammation destructive et une inflammation réactive ou modificatrice.

Pour la guérison des solutions de continuité, soit naturelles, soit artificielles, nous avons toujours

besoin d'appeler à notre aide l'inflammation *réparatrice*. Voulons-nous obtenir l'oblitération d'une cavité ? c'est encore à elle que nous avons recours.

Lorsqu'un organe est profondément désorganisé, et en partie détruit par la maladie, lorsqu'un corps étranger est introduit dans l'économie, la guérison arrive au moyen de l'inflammation *destructive*.

Enfin, il peut se faire que l'inflammation, sans détruire et sans créer, modifie la vitalité d'un organe, de telle sorte qu'il puisse réagir contre le mal dont il est atteint. J'ai donné le nom de *réactive* ou *modificatrice* à ce genre d'inflammation.

Je vais successivement passer en revue ces trois grandes classes de l'inflammation curative, en les appliquant surtout à la guérison des maladies chirurgicales.

CHAPITRE Ier.

Inflammation réparatrice ou créatrice.

J'ai déjà dit ce qu'il fallait entendre par inflammation créatrice ; c'est celle qui donne naissance à un produit nouveau servant à réunir les solutions de continuité, à oblitérer certaines cavités ou à

isoler certains corps étrangers des organes qui les environnent.

L'inflammation réparatrice agit de deux façons : s'il n'y a pas perte de substance, si certaines conditions que nous indiquerons plus loin sont remplies, il y a alors formation du produit nouveau qui est toujours le but final de l'acte inflammatoire créateur. Ce produit sert à la réunion des solutions de continuité, à l'oblitération de certaines cavités, etc..... Ce premier genre d'inflammation réparatrice, nous l'appellerons *plastique*.

D'autres fois, s'il y a perte de substance ou réunion de conditions particulières, l'inflammation va jusqu'à la suppuration, qui est elle-même suivie plus tard de la formation du tissu inodulaire. Ce second degré qui se développe dans des circonstances chirurgicalement différentes de celles qui produisent le premier, nous l'appelons *inflammation suppurative* ou *inodulaire*.

§ Ier.

Inflammation Plastique.

J'ai avancé en commençant que, dans tout acte plastique, il y a réellement inflammation ; c'est ici le lieu d'en donner une démonstration plus complète ; je vais le faire en citant d'abord les propres paroles de John Bell.

« L'adhésion, dit cet auteur, ne s'accompagne de » fièvre, de douleur et de rougeur qu'à un faible » degré ; elle n'est caractérisée que par un léger gon- » flement qui annonce la force et la plénitude de la » santé. Une division récente se consolide donc en » vertu d'une propriété absolument semblable à celle » qui, dans l'état normal, préside à la nutrition et » à l'accroissement des parties (1). »

L'auteur du Traité des plaies convient donc que dans le phénomène de l'adhésion, il y a rougeur, douleur, chaleur et tumeur ; qu'il y a de plus formation d'un produit nouveau ; et il en tire cette conclusion qu'il n'y a pas inflammation, prétendant que ces divers phénomènes sont peu marqués. Mais pour caractériser l'inflammation, il n'est pas nécessaire que ces symptômes soient portés à leur plus haut degré d'intensité, il suffit qu'on les constate ; car, comme le dit Pujol de Castres, « s'il est pa- » thologiquement vrai et incontestable que les inflam- » mations aiguës et ordinaires peuvent s'abaisser à » différents degrés, et prendre une intensité moins » véhémente que de coutume, sans cesser pourtant » d'être ce qu'elles sont ; qui sera assez téméraire » pour assigner la lenteur de leur développement ? » Qui pourra dire : ce n'est que jusque-là, et jamais » au-delà, que peut descendre l'activité vitale dans

(1) John Bell, *Traité des plaies*, trad. par Estor.

» le mode inflammatoire ; par-dessus cette borne » précise, il devient impossible et ne saurait exis- » ter (1). » Eh bien ! ce que Pujol disait du plus ou moins de rapidité dans la marche de l'inflammation, ne peut-on pas le dire du plus ou moins d'intensité de ses symptômes ? D'ailleurs, en raisonnant par induction, puisque dans certains cas nous reconnaissons manifestement qu'un certain degré d'inflammation est nécessaire à l'épanchement de la lymphe coagulable, nous devons penser que toutes les fois qu'il y a formation de ce liquide, il y a eu inflammation préalable.

Les données microscopiques recueillies dans ces derniers temps, viennent encore prouver l'existence de l'inflammation dans tous les phénomènes plastiques. M. Küss, dans un mémoire publié à Strasbourg en 1846, admet l'existence d'un tissu qui se forme toutes les fois qu'il y a inflammation. Pour lui, cet état morbide est un trouble de la nutrition et est caractérisé par un double phénomène : *Disparition du tissu normal ; organisation du plasma du sang en tissu inflammatoire* (2).

Lebert constate aussi l'existence de ce tissu. Après avoir reconnu que, dans toute inflammation

---

(1) Œuvres de Médecine pratique : *Essai sur les inflammations chroniques*, tom. I^er^, pag. 20.

(2) *De la Vascularité et de l'Inflammation*, par M. Küss, pag. 18.

il y a stase de la circulation; il ajoute : « Cette »stase a pour effet constant l'exsudation ; celle-ci, »d'abord simplement séreuse et rougeâtre, devient »bientôt le blastème de diverses formations globu»laires..... Le liquide exsudé renferme toujours »une quantité notable de fibrine. Lorsque celle-ci »en constitue le principal élément, elle colle en»semble les parties lésées et constitue ainsi la gué»rison des plaies par première intention (1) ».

Les travaux récents d'anatomie et notamment de micrographie moderne ont contribué à démontrer et à compléter ces assertions ; j'ai eu moi-même l'occasion d'en vérifier plusieurs fois l'exactitude.

L'acte plastique dont nous nous occupons ici a-t-il toujours le même résultat chirurgical? Non ; et sous ce rapport, j'ai divisé l'inflammation plastique en adhésive, kystique et indurative.

I. Inflammation adhésive. — Je crois qu'il est inutile de définir ici ce que l'on entend par adhésion ; aussi, vais-je immédiatement dire en peu de mots comment s'opère ce phénomène : 1° dans les solutions de continuité ; 2° dans les membranes séreuses.

---

(1) Lebert, *Physiologie pathologique*, tom. I, page 508.

1° *Dans les solutions de continuité.* — Dans une plaie récente, peu profonde et où les lèvres de la solution de continuité sont maintenues en contact immédiat, il y a d'abord douleur légère, rougeur, tuméfaction de la partie blessée et épanchement de lymphe coagulable dont les parties liquides sont promptement absorbées, et les parties solides s'organisent en membrane et font adhérer les deux lèvres de la solution de continuité. Une cause quelconque vient-elle à diviser un tendon, un muscle, un os, si les parties environnantes sont épargnées, les mêmes phénomènes se passent entre les deux portions du muscle, de l'os ou du tendon divisés.

2° *Dans les membranes séreuses*, le mode d'adhésion diffère un peu; des flocons albumineux se montrent en suspension dans la sérosité que contient la poche séreuse; une matière fibrineuse, liquide, demi-transparente, la lymphe plastique en un mot, se dépose sur les deux feuillets. Elle s'épaissit, s'organise en membrane et fait adhérer les deux parois internes de la séreuse, après que la sérosité contenue dans le sac a été absorbée.

Ceci une fois posé, voyons quelles sont les ressources que l'art et la nature puisent dans l'adhésion.

La nature s'en sert tantôt pour guérir nos maux, tantôt pour en borner le théâtre. C'est ainsi que nous la voyons guérir une plaie récente, sans perte

de substance, et où les lèvres de la solution de continuité sont en contact immédiat. Il en est de même lorsqu'un tendon, un muscle, un os ont été divisés.

D'autres fois, l'inflammation adhésive borne les ravages d'une autre maladie, ravages qui, sans cet acte préservateur, entraîneraient promptement la mort. Prenons quelques exemples.

Une hernie étranglée s'enflamme, se gangrène et il se forme un anus contre-nature; l'inflammation développée dans la hernie, s'est propagée par continuité de tissu à l'intestin en contact avec le pourtour de l'ouverture herniaire. Cette inflammation a déterminé un épanchement de lymphe plastique et par suite l'adhérence de l'intestin avec l'ouverture donnant passage à la hernie.

Un abcès s'est formé dans le foie. Il faut, pour qu'il guérisse, qu'il s'ouvre un passage au-dehors. Mais comment traversera-t-il, sans accidents graves, le péritoine et les parois abdominales? La nature y a pourvu; elle a déterminé, au moyen de l'inflammation, des adhérences dans tout le trajet que doit suivre le pus, de sorte qu'un épanchement dans la cavité péritonéale est devenu impossible.

Que se passe-t-il dans une plaie pénétrante de l'abdomen, pour que des accidents graves ne surviennent pas dans tous les cas? Comment se fait-il qu'il n'y ait pas toujours un épanchement dans la

cavité du péritoine? Comme il n'y a pas, à proprement parler, de vide entre nos organes, et que les intestins sont toujours à peu près pressés uniformément, ils se trouvent, par conséquent, toujours en contact avec les mêmes parties; l'ouverture de la peau doit donc toujours correspondre à l'ouverture intestinale, comme le fait observer John Bell. De plus, presque immédiatement après l'action de l'instrument vulnérant, la plaie se tuméfie, et cette tuméfaction vient empêcher l'épanchement dans le péritoine. Ces phénomènes sont bientôt suivis de la formation de la lymphe plastique, qui fait adhérer toutes les parties et rend dès-lors impossible tout accident.

L'art, ai-je dit en commençant, retire aussi beaucoup d'avantages de l'inflammation adhésive; quelques exemples suffiront pour le prouver.

Veut-on guérir une hydrocèle, on évacue d'abord la sérosité contenue dans la tunique vaginale, puis on met cette membrane en contact, pendant quelques minutes, avec un liquide irritant; la membrane s'enflamme sous cette influence; l'inflammation qui se développe donne lieu à un épanchement de lymphe plastique, et les deux parois de la séreuse adhèrent dans toute leur étendue. Dans les grandes cavités séreuses, les choses ne se passent point toujours ainsi; c'est-à-dire que l'adhérence n'est pas complète. On a vu cependant des péricardites se terminer

par l'adhérence complète des deux parois du péricarde.

Quelques auteurs, se basant sur le traitement que l'on emploie dans l'hydrocèle, ont proposé à la suite de la paracentèse abdominale, des injections irritantes dans le péritoine, à l'effet de provoquer une inflammation adhésive, et, par suite, la guérison de l'hydropisie ascite. Malgré les succès que paraissent avoir obtenu les divers praticiens qui ont tenté ces injections, je crois que l'on doit attendre pour se décider dans cette grave question; car, on le sait, la moindre cause agissant même sur une petite surface du péritoine, amène souvent une inflammation mortelle. Ces réflexions s'appliquent bien plus fortement encore aux cas d'hydrothorax et d'empyème.

On pourrait, ce me semble, utiliser beaucoup mieux l'inflammation adhésive à la guérison des kystes séreux, qui ont plus d'un point de ressemblance avec les membranes séreuses.

Nous avons vu ce qui se passe dans l'ouverture spontanée des abcès du foie. Dans ces circonstances, lorsque le chirurgien veut donner une issue au pus, il commence par déterminer une inflammation adhésive en plaçant, sur le point où il veut ouvrir l'abcès, une pierre de potasse caustique.

Enfin, on utilise tous les jours l'adhésion dans la guérison des plaies, soit naturelles, soit artificielles;

c'est au moyen de l'inflammation adhésive qu'on cherche à obtenir le mode de réunion dit par première intention.

Dans ce cas, certaines conditions sont nécessaires pour que l'adhésion ait lieu ; nous allons les passer successivement en revue, parce que je les crois de la plus haute importance.

Elles peuvent être réduites à cinq.

1° La première, c'est la vitalité suffisante des parties entre lesquelles doit s'établir l'adhésion. C'est ainsi que l'on ne doit pas coapter les bords d'une solution de continuité qui sont contus, meurtris, désorganisés, comme il arrive dans les plaies d'armes à feu. C'est peut-être aussi parce que cette première condition n'est pas remplie, ou du moins ne l'est qu'imparfaitement dans les fractures intrà-capsulaires du col du fémur, que la consolidation en est très difficile et très rare, surtout chez le vieillard. Il est même des chirurgiens qui ont prétendu qu'elle ne pouvait jamais être obtenue.

On avait tellement bien reconnu que l'adhésion ne pouvait pas avoir lieu sans une vitalité suffisante des parties, que l'on a pendant longtemps mis en doute si un lambeau complétement séparé du corps pouvait ensuite s'y réunir. Mais aujourd'hui les exemples se sont tellement multipliés, qu'on ne peut plus en douter ; et sans parler du fait rapporté par

Garengeot (1) qui me paraît assez incroyable, je citerai Burdach, qui raconte que Bunger refit un nez chez une femme avec la peau de la cuisse. Les expériences de Richerand sur des chiens ne sont pas moins concluantes. Ayant, par une incision en V, détaché un lambeau triangulaire à la partie antérieure du crâne, il le réappliquait immédiatement, puis il faisait une nouvelle incision en sens opposé de manière que la base du premier triangle vint s'appliquer à la base du second et former un losange avec le premier lambeau. Il replaçait de nouveau le second lambeau à la place qu'il occupait d'abord et obtenait ainsi une réunion immédiate.

A son article intitulé *Kérato-plastie*, Rognetta dit que Reisinger a été jusqu'à proposer de remplacer la cornée excisée par une cornée d'animal vivant, celle du porc, par exemple, qu'on fixerait à l'aide d'une suture fine, comme dans les procédés connus d'autoplastie (2). Je ne sache pas que ce moyen ait été jamais employé avec succès; mais cet exemple prouve toujours jusqu'à quel point a été portée la confiance des chirurgiens dans l'inflammation adhésive.

Les expériences de Hunter, répétées plus tard à Strasbourg par M. le professeur Bouisson, viennent encore faire voir qu'un tissu complétement séparé

(1) Garengeot, Opér. de chirurgie, tom. 3, pag. 55.
(2) Rognetta, *Traité d'ophthalmologie*, pag. 433.

du corps peut non seulement y adhérer de nouveau, mais même contracter des adhérences avec les tissus vivants d'un autre animal.

Ces faits, une fois établis, on doit, à plus forte raison, admettre que la réunion immédiate peut s'opérer avec la plus grande facilité, quand un lambeau ne tient plus que par un faible pédicule. Et d'ailleurs les magnifiques opérations d'autoplastie du professeur Delpech et du professeur Serre, ne sauraient laisser le moindre doute à ce sujet. Je me contenterai de citer un des cas les plus concluants de la pratique de Delpech, c'est le fait de ce matelot de Toulon, rapporté par la *Revue Médicale* de 1824, chez lequel le célèbre chirurgien refit un nez avec la peau du front.

Tout en reconnaissant ce qu'il y a d'extraordinaire dans quelques-unes des observations que je viens de citer, je crois que le chirurgien doit toujours tenter la réunion immédiate dans les cas où un large lambeau est incomplétement séparé du corps, à moins que ce lambeau ne soit meurtri et contus. Il peut encore essayer d'obtenir l'adhésion dans les cas où une partie vient d'être complétement séparée du corps, mais n'a pas encore eu le temps de perdre sa vitalité. Il faut même, dans certaines circonstances, pour ranimer cette vitalité défaillante, plonger le lambeau dans un liquide excitant, tel que le vin, l'alcool, l'urine, etc.

2° Pour que l'adhésion ait lieu, les surfaces doivent être placées dans un rapport aussi exact que possible. Si l'on a à faire à une plaie, il faut l'absterger, la débarrasser de tout corps étranger et en mettre les bords dans un contact immédiat. Avant de faire cette coaptation, il est important de bien arrêter l'hémorrhagie, car c'est de là que dépend la réussite de la réunion par première intention. Le sang épanché collerait d'abord, il est vrai, les deux lèvres de la solution de continuité, mais ensuite il agirait comme corps étranger et empêcherait par conséquent l'adhésion.

Pour obtenir une réunion au moyen de la lymphe coagulable, le rapprochement des parties divisées n'est pas nécessaire, lorsqu'elles sont à l'abri du contact de l'air. L'opération de la ténotomie par la méthode sous-cutanée vient tous les jours nous en fournir des preuves, et, s'il n'en était point ainsi, les fractures dont on n'aurait pas opéré la réduction, ne pourraient, dans aucun cas, se consolider.

3° Une troisième condition nécessaire à l'adhésion, c'est l'immobilité. On comprend en effet que, s'il n'y a pas immobilité, le contact immédiat cesse; et, outre cela, le travail plastique ne peut se faire d'une manière convenable, parce qu'à tous moments, les mouvements exécutés par la partie détruisent les efforts curateurs de la nature. Ceci s'applique, non seulement aux solutions de continuité qui subissent

l'influence de l'air atmosphérique, mais encore à celles qui sont sous-cutanées.

4° Il faut, autant que possible, que les tissus dont on veut obtenir l'adhésion soient homogènes; c'est ainsi que dans la coaptation d'une plaie, on doit s'efforcer de mettre en rapport les muscles avec les muscles, la peau avec la peau, etc. — Les divers tissus sont tous plus ou moins aptes à se réunir rapidement. La réunion dans une plaie profonde est déjà opérée à la peau, tandis que le travail plastique commence à peine dans son intérieur. Ce phénomène peut expliquer pourquoi dans une plaie profonde réunie par première intention, il se forme quelquefois des abcès consécutifs.

Je ferai remarquer qu'il n'est pas cependant indispensable que les tissus de même nature soient en contact. Néanmoins, plus les tissus diffèrent, plus l'adhésion se fait lentement et difficilement. On le remarque d'autant mieux, que les tissus diffèrent davantage.

5° L'état général du sujet excerce encore une grande influence sur la réunion immédiate. Un individu atteint de syphilis, de scrofules, de scorbut, verra rarement ses plaies se réunir par première intention. Les phlegmasies des organes digestifs sont aussi un puissant obstacle à l'adhésion.

Ne doit-on pas aussi tenir compte de cette prédisposition particulière qui fait que, chez un sujet,

toutes les solutions de continuité, même les plus légères, se terminent par suppuration ?

Je viens de passer en revue les conditions qui m'ont paru nécessaires à la production d'une inflammation adhésive ; seulement, dans les plaies soit accidentelles, soit artificielles, dans les fractures, etc., la cause occasionnelle a suffi à elle seule pour déterminer le degré d'inflammation nécessaire à l'épanchement de lymphe plastique. Mais quand on veut obtenir l'oblitération d'une cavité séreuse, par exemple, il faut que l'homme de l'art provoque cette inflammation adhésive au moyen d'injections irritantes, qu'il laisse en contact avec la partie pendant un temps plus ou moins long.

Avant de terminer ce premier paragraphe, je ne dois pas laisser ignorer que quelquefois l'adhésion peut se faire par seconde intention. Ainsi, par exemple, si l'on réunit les bords d'une plaie simple qui suppure, et que l'on mette par conséquent en contact les parois de la membrane pyogénique, ces parois contracteront des adhérences. Au lieu de laisser les bourgeons charnus s'organiser isolément et produire une cicatrice étendue en surface, on les oblige à se souder les uns contre les autres, et l'on obtient ainsi une adhésion secondaire qui remplit, jusqu'à un certain point, l'office d'une véritable adhésion primitive. Mais nous reviendrons plus loin sur ce sujet en parlant de l'inflammation suppurative.

II. Inflammation kystique. — Un corps étranger est-il introduit dans l'économie au milieu de nos organes, il irrite les parties qui l'environnent et détermine une véritable inflammation, dont les résultats varient suivant son intensité.

Si l'inflammation est légère, elle donne lieu à un épanchement de lymphe plastique qui s'organise en membrane, entoure entièrement le corps étranger et l'isole ainsi des parties environnantes. Les parois de cette fausse membrane deviennent de plus en plus résistantes et forment un véritable kyste. Très analogue aux membranes séreuses, il adhère par sa face externe au tissu cellulaire ambiant; sa face interne est lisse et humectée par de la sérosité. Le corps étranger ainsi isolé n'occasionne souvent aucun accident fâcheux, et est toléré par l'organisme, même au milieu des parties les plus délicates.

Les exemples de cette nature ne sont pas rares dans la science. On a trouvé des balles, des grains de plomb entourés par cette espèce de kyste; des tubercules ont pu s'isoler ainsi du reste de l'organisme et être alors parfaitement supportés par le poumon. Que le corps étranger soit venu du dehors, qu'il ait appartenu à l'agrégat vivant, ce phénomène peut se manifester. Je dois dire cependant qu'il est moins rare pour les corps venus du dehors. Nous

verrons plus loin comment, lorsqu'il n'y a pas formation d'un kyste autour du corps étranger, s'opère son élimination.

Pour que l'inflammation kystique se manifeste, il faut que certaines conditions soient remplies :

1° Que le corps étranger ne présente ni pointes, ni crêtes saillantes. On conçoit, en effet, que, par ses pointes, il irrite et déchire continuellement les parties environnantes, et empêche par conséquent la formation du kyste.

2° Que ce corps ne soit pas facilement absorbable. Une substance soluble ou susceptible de le devenir promptement par les modifications chimiques qu'elle reçoit des divers liquides qui la touchent, sera évidemment emportée dans le torrent de la circulation et éliminée par les diverses sécrétions. Il peut arriver cependant que, quoique le corps soit absorbable, l'inflammation kystique ait eu le temps de se développer avant que l'absorption ait pu avoir lieu. Alors, tantôt l'absorption continue, tantôt elle rencontre un obstacle infranchissable, soit dans le liquide qui entoure le corps, soit dans la membrane de nouvelle formation.

3° Il faut aussi, pour que l'inflammation kystique se développe, que le corps ne jouisse pas de propriétés irritantes ou caustiques, parce qu'alors il déterminerait une inflammation très vive, inflam-

mation qui amènerait la suppuration, l'ulcération et empêcherait la formation du kyste.

4° Quand les parties qui entourent le corps étranger sont contuses, meurtries, désorganisées, la suppuration devient inévitable.

Je dois dire que même dans le cas où la suppuration a lieu, il peut encore y avoir formation d'un kyste : on a, en effet, trouvé des collections purulentes enkystées. Voici comment j'explique cette formation. La membrane pyogénique qui a sécrété le pus, peut ensuite s'épaissir, se durcir, devenir pour ainsi dire inextensible et constituer alors un véritable kyste ; tandis que le pus qu'elle renferme est toléré comme corps étranger enkysté.

5° Si les parties au milieu desquelles se trouve le corps étranger ont un grand nombre de filets nerveux, la douleur occasionnée par lui est beaucoup plus vive, et l'inflammation qui se développe peut devenir suppurative, parce que l'afflux sanguin est d'autant plus considérable, que la douleur est plus grande.

Le genre d'inflammation qui nous occupe ne se développe pas toujours, quoique les cinq conditions énoncées ci-dessus soient parfaitement remplies. Ceci tient probablement au plus ou moins de tolérance de la part du sujet porteur du corps étranger.

III. Inflammation indurative. — A la suite d'une opération ou d'un accident, une membrane vient à être privée des parties qui la protègent ordinairement; si la guérison a lieu, cette membrane s'enflamme, il se fait à sa surface un épanchement de lymphe coagulable qui se durcit, s'organise et vient augmenter sa consistance. A la suite d'une opération du trépan, par exemple, si une seule couronne a été pratiquée, les bords de l'ouverture osseuse s'amincissent, se rapprochent du centre de la couronne, s'inclinent vers la dure-mère et se confondent avec elle; cette membrane s'enflamme, s'épaissit, se durcit et protège ainsi le cerveau des violences extérieures.

Il est vrai de dire pourtant que ce mode de guérison est assez rare; le plus souvent il se développe sur la dure-mère, surtout lorsqu'elle a été dénudée dans une grande partie, une véritable inflammation suppurative; des bourgeons charnus naissent de cette membrane, forment une espèce de bouchon calleux et remplissent ainsi l'ouverture du crâne.

Les trois modes particuliers d'inflammation que je viens d'examiner sont tous les trois du domaine de l'inflammation plastique. Nous y avons toujours retrouvé la même tendance, le même but, le même phénomène, et pour résultat le même produit, la

lymphe coagulable. J'ai peut-être eu tort de les désigner sous le nom commun d'*inflammation plastique*, parce que, dans les autres espèces d'inflammations qu'il me reste à parcourir, nous retrouverons toujours le même produit. Mais ce qui m'a engagé à ne me servir de cette dénomination que pour les inflammations que je viens d'examiner, c'est que dans ces cas là l'acte plastique est toujours le plus apparent et pour ainsi dire le seul qui se manifeste.

§ II.

Inflammation suppurative ou inodulaire.

Lorsque les plaies ne guérissent pas par première intention, la nature arrive à la guérison par un autre moyen : c'est par l'inflammation suppurative.

Ce genre d'inflammation est aussi utilisé par l'homme de l'art dans la guérison de certaines maladies. Mais avant de passer en revue quelques-uns des cas où elle agit comme moyen curateur, je dois d'abord dire ce que je comprends sous cette dénomination. L'inflammation est dite suppurative, lorsqu'il y a formation de pus et par suite de tissu inodulaire.

Lorsque certaines des conditions exigées pour que la réunion par première intention ait lieu

n'existent pas, ainsi, lorsque les lèvres d'une plaie ne présentent pas assez de vitalité, lorsque ses bords ne sont pas en contact immédiat, et enfin, lorsque l'inflammation qui se développe est trop vive, il y a formation de pus et la nature réunit la plaie par deuxième intention. Delpech nous a démontré le premier l'existence de la membrane pyogénique; il nous a décrit les diverses modifications qu'elle subit pour arriver à l'état de tissu inodulaire. Tous ces phénomènes se trouvent consignés dans la plupart des ouvrages que nous avons entre les mains; les recherches histologiques récentes ont contribué, comme nous l'avons montré déjà, à les expliquer et à les confirmer, aussi n'essaierai-je point de les décrire ici. Je ferai seulement remarquer que dans les plaies, ce moyen de réunion est loin de présenter les avantages de l'adhésion; et sans parler de la marque ineffaçable qui en est la conséquence, je rappellerai que le tissu inodulaire de nouvelle formation a la propriété de se crisper, de se resserrer, ce qui fait que la cicatrice tend toujours à diminuer d'étendue et exerce sur la peau des tractions tellement fortes, qu'elle déforme quelquefois les parties et en rend l'usage, si non impossible, du moins très difficile. Il est à noter que ceci arrive surtout dans les plaies qui sont les suites de brûlures.

La réunion par seconde intention, comme la

réunion immédiate, n'a lieu qu'à certaines conditions.

1° Il faut que l'inflammation qui se produit ne soit pas trop forte, parce qu'alors on pourrait craindre une terminaison fatale, telle que la gangrène; ou bien une suppuration trop abondante qui surviendrait, affaiblirait promptement les forces du sujet, de sorte que le travail réparateur de la nature ne pourrait plus avoir lieu; enfin, dans les conditions particulières qui favorisent le développement de la résorption purulente, cette terminaison fatale serait peut-être d'autant plus à craindre, que la suppuration serait plus forte.

2° Il faut aussi que la plaie soit privée du contact continuel de l'air, parce que ce contact pourrait déterminer une vive inflammation; par la même raison, on ne doit pas la panser avec des substances irritantes ou qui favorisent le séjour du pus sur la partie.

3° Enfin, il est nécessaire que l'état général ne s'oppose pas à la cicatrisation. On a vu des plaies se transformer en ulcères scrofuleux ou ulcères syphilitiques, etc., chez des individus atteints de scrofules ou de syphilis, etc. D'autres sujets présentent un phénomène assez remarquable: les plaies dont ils sont atteints se transforment en ulcères avec la plus grande facilité.

Il faut admettre chez ces personnes une prédisposition particulière, que l'on peut appeler *diathèse*

ulcéreuse; et, à ce propos, je ne puis m'empêcher de citer le fait suivant :

Un menuisier, âgé de 65 ans, reçut, il y a environ huit ans, un coup de hache à la jambe gauche; la plaie chez cet homme a promptement dégénéré en ulcère et ne présente encore aujourd'hui aucune tendance vers la guérison.

Une gastrite, une entérite, une phlegmasie quelconque des organes digestifs, sont encore de puissants obstacles à la cicatrisation des solutions de continuité, et pour peu qu'on ait suivi les hôpitaux, on a pu s'en convaincre facilement. Certaines constitutions médicales, certaines épidémies régnantes, la pourriture d'hôpital, par exemple, influent aussi sur la terminaison des plaies.

Si j'ai tant insisté sur ces diverses conditions, c'est qu'elles me paraissent de la plus haute importance, et que dans une foule de circonstances, elles doivent guider le chirurgien, soit pour suspendre momentanément ou même abandonner une opération qu'il jugeait convenable, soit pour modifier son procédé opératoire.

Nous avons vu que c'est au moyen de l'inflammation suppurative que l'on obtient la réunion des solutions de continuité par seconde intention. Nous retrouvons encore quelquefois ce même genre d'inflammation dans la guérison spontanée des anévrysmes. Une inflammation assez vive s'empare de

la poche anévrysmale qui se transforme en abcès ; celui-ci s'ouvre spontanément et il s'échappe alors une certaine quantité de pus mêlé à une grande quantité de caillots noirs et de caillots décolorés formés par la matière fibreuse du sang. Le kyste artériel ainsi vidé s'affaisse et s'oblitère.

L'art se sert encore, dans une foule de cas, de l'inflammation suppurative comme d'un moyen curateur.

Ainsi, on panse un ulcère avec des topiques irritants, dans le but de provoquer à sa surface une véritable inflammation suppurative, et par ce moyen de le transformer en une plaie simple qui suppure.

Un trajet fistuleux est-il formé ? tantôt on place dans son intérieur un corps étranger, tantôt on injecte un liquide irritant ; sous cette influence, les parois s'enflamment, suppurent, et après l'épanchement du pus, survient peu à peu l'adhérence des parois enflammées. On cherche aussi à obtenir de la même manière l'oblitération d'un kyste, en déterminant dans sa cavité une inflammation suppurative. C'est ainsi que j'ai vu souvent M. Serre, d'Alais, après avoir ouvert et vidé un kyste séreux, placer dans son intérieur un pinceau de charpie, trempé dans de la teinture d'iode affaiblie.

N'est-ce pas toujours dans le même but que l'on a conseillé d'introduire un séton dans une fausse arti-

culation, survenue à la suite d'une fracture non-consolidée?

Le chirurgien a aussi recherché l'inflammation inodulaire, non plus dans le but de déterminer l'adhésion ou la cicatrisation, mais bien pour profiter de la propriété qu'a le tissu de cicatrice de se crisper et d'exercer par ce moyen des tractions sur la peau : on peut guérir ainsi avec la plus grande facilité certaines difformités de la face. Dans l'entropion, par exemple, on détermine sur la paupière, au moyen d'un caustique ou d'une légère excision, une plaie avec perte de substance. Le tissu inodulaire une fois formé, exerce des tractions sur la peau de la paupière et guérit l'entropion.

La propriété rétractile des inodules sert aussi de base à l'un des procédés employés par la chirurgie pour la guérison des fistules vésico-vaginales. Ces fistules, comme on le sait, ont une forme ronde ou ovalaire. On cautérise au-dessus et au-dessous de l'ouverture fistulaire de manière à déterminer deux véritables plaies. Le tissu de cicatrice qui se forme exerce des tractions des deux côtés, de sorte qu'alors la fistule perd sa forme ronde ou ovale pour prendre une forme allongée. Les bords se trouvent ainsi en contact et peuvent contracter des adhérences.

CHAPITRE II.

Inflammation destructive.

Il n'y a pas à proprement parler d'inflammation destructive; le plus souvent elle ne le devient, ainsi que nous l'avons vu, que lorsqu'elle est portée à un degré particulier d'intensité, ou que lorsqu'une cause quelconque mécanique ou vitale vient s'ajouter à elle comme agent destructeur. Dans tous les cas, existe l'acte créateur qui, dissimulé un moment, reprend plus tard sa prédominance et répare le mal produit par les causes de destruction : c'est du reste ce que nous verrons dans la suite de ce travail.

Un corps étranger est-il introduit dans l'économie? un phlegmon s'est-il développé dans l'épaisseur de nos parties et s'est-il terminé par suppuration? pour arriver à la guérison, il faut avoir recours à l'inflammation destructive. L'inflammation qui se termine par gangrène et qui préside ensuite à l'élimination des escarres, doit être aussi rangée dans cette catégorie.

Nous devons donc parler dans ce second chapitre, 1° de l'inflammation éliminatrice ou ulcérative; 2° de l'inflammation gangréneuse.

§ Ier.

Inflammation éliminatrice.

J'ai déja dit en parlant des corps étrangers introduits dans l'économie, qu'il pouvait arriver qu'un kyste se développât autour d'eux et les isolât des parties environnantes ; mais d'autres fois, ils sont expulsés ou chassés au-dehors. Cette élimination se fait de deux manières : tantôt le corps étranger irrite et enflamme à un assez haut degré les parties qui l'environnent, et il se fait autour de lui un épanchement de pus ; tantôt il ne les enflamme que légèrement et il n'y a alors qu'épanchement de lymphe plastique. Dans le premier cas, il y a formation d'un véritable abcès.

Que l'abcès soit la conséquence de la présence d'un corps étranger, d'une carie, d'une nécrose ou d'un simple phlegmon, la nature agit toujours de la même façon. Le plus souvent pour garantir les parties profondes, elle leur donne plus de consistance, elle ramollit et ulcère les plus superficielles au fur et à mesure qu'elles se rencontrent, produit des adhérences pour s'opposer à des épanchements graves ou mortels. Si le pus est arrêté dans sa marche par un obstacle que la nature ne puisse pas vaincre facilement, une aponévrose, par exemple, il suivra les parois de l'aponévrose jusqu'à ce qu'il rencontre

quelque point moins résistant et par où puisse se faire l'écoulement. Alors, le pus s'étant ouvert une voie au-dehors, ne séjourne plus dans la poche de l'abcès qui, comme on le sait, est tapissé d'une membrane pyogénique. L'inflammation diminue, la sécrétion du pus cesse et la cavité s'oblitère.

La guérison n'arrive pas toujours aussi promptement. Si le corps étranger se renouvelle continuellement ainsi que cela arrive, dans certains cas, pour la salive, l'urine, le pus dans la carie des os; s'il est retenu au-dedans par un obstacle quelconque, comme une portion d'os nécrosée, incomplètement détachée, l'abcès au lieu de se fermer reste béant et se transforme en trajet fistuleux.

Le second mode d'élimination dont nous avons parlé, ne s'opère pas tout-à-fait de la même manière. Le corps étranger développe autour de lui une inflammation légère qui donne lieu à un épanchement de lymphe coagulable; il ulcère nos tissus, les traverse sans le moindre accident, et à mesure qu'il avance, l'acte réparateur s'opère; la lymphe plastique se coagule derrière lui et réunit les tissus qui s'étaient divisés pour lui livrer passage.

Les corps étrangers de forme aiguë ou à crêtes saillantes, tels que les aiguilles, les clous, des morceaux de verre, etc..., sont ceux qui favorisent surtout ce genre d'élimination. Il est aussi nécessaire que ces corps ne soient pas irritants par leur nature,

et enfin, qu'il y ait de la part du sujet un certain degré de tolérance, pour que cette inflammation éliminatrice puisse se développer.

On le voit donc, l'inflammation ulcérative que je viens d'examiner n'est destructive, que parce qu'un corps étranger agit mécaniquement dans cet acte ulcératif. Dès que cette cause mécanique a disparu, l'inflammation redevient ce qu'elle doit toujours être, c'est-à-dire éminemment *créatrice*.

§ II.

Inflammation gangréneuse.

Pour finir ce que j'ai à dire sur l'inflammation destructive, il me reste encore à parler de l'*inflammation gangréneuse*.

On a considéré la gangrène comme étant une des terminaisons de l'inflammation. Il arrive, en effet, qu'à la suite d'une phlegmasie violente, on voit survenir la mortification des tissus. Mais le plus souvent, pour ne pas dire toujours, l'inflammation elle-même n'en est pas la cause directe; elle n'agit là que d'une manière purement mécanique. Nous allons essayer de l'établir par des exemples.

Une artérite développée dans le tronc principal d'un membre, donne suite à la gangrène, parce

que le sang qui doit servir à la nutrition du membre, n'arrive plus en assez grande abondance, et que d'ailleurs il s'est vicié en passant par l'artère malade. Une inflammation rapide et violente gonfle outre-mesure les parties entourées d'une gaîne inextensible, en détermine l'étranglement, intercepte l'abord du sang et l'influx nerveux, et devient ainsi la cause principale de leur mortification.

Une hernie s'enflamme, se tuméfie; l'étranglement survient et la gangrène le suit de près.

C'est du reste ainsi qu'agissent toutes les causes qui produisent la mortification des tissus. La compression, en empêchant la circulation et l'influx nerveux, détermine la gangrène des tissus comprimés. La congélation, l'action violente du feu, la seule pression qu'exerce le poids du corps sur certaines parties dans les maladies longues, peuvent aussi la produire. Dans cette énumération de causes, je ne dois pas parler des causes spécifiques, qui produisent quelquefois la gangrène; car leur mode d'action ne peut pas être expliqué mécaniquement.

D'ailleurs j'ai, je crois, établi que presque toujours l'inflammation n'est que la cause indirecte de la gangrène, et encore faut-il que cet état morbide soit porté à un assez haut degré.

J'ai voulu prouver par là qu'il n'y avait pas à proprement parler d'inflammation destructive. Je dirai même que loin d'être cause directe de la mor-

tification des tissus, l'inflammation en arrête souvent les progrès et en répare les ravages.

La gangrène s'est-elle manifestée sur un membre? par exemple, une réaction inflammatoire s'opère dans les parties saines voisines, arrête parfois les progrès de la mortification et établit la ligne de séparation entre elle et les tissus encore vivants, puis la suppuration s'établit, l'escarre est bientôt séparée des parties vivantes, et remplacée par une plaie avec perte de substance, qui rentre dans la classe des plaies simples qui suppurent.

Que la gangrène soit ou non le résultat direct de l'inflammation, elle peut servir à la guérison de certaines maladies.

J'ai déjà cité dans ce travail la guérison spontanée des anévrysmes, au moyen de l'inflammation suppurative. Eh bien! il peut se faire que l'inflammation soit portée à un tel degré, que la tumeur anévrysmale se gangrène; et alors si la cavité artérielle se trouve oblitérée par suite d'une inflammation plastique, le sujet est guéri spontanément d'une maladie qui, le plus souvent, conduit à une mort certaine.

On a aussi plusieurs exemples de cancers qui se sont mortifiés en tout ou en partie; circonstance qui a pu quelquefois amener la guérison des malades.

Je ne dois pas non plus passer sous-silence les

cas dans lesquels le praticien a recours à la gangrène pour guérir une maladie chirurgicale. On mortifie quelquefois au moyen du feu ou des caustiques une partie désorganisée, dont on ne peut pas espérer la guérison. Cette partie une fois mortifiée, est éliminée comme je l'ai dit plus haut. C'est ainsi qu'on porte le cautère actuel sur un bouton cancéreux, à la lèvre, par exemple. Ce moyen est quelquefois le seul que nous possédions contre la variété de cancer, appelé cancer térébrant.

Pour provoquer la mortification des tissus, on se sert aussi de la ligature ; c'est surtout lorsque la tumeur que l'on veut faire disparaître est peu volumineuse et ne tient que par un pédicule étroit. On emploie ce moyen contre certains polypes, certaines végétations, etc....

CHAPITRE III.

Inflammation réactive ou modificatrice.

Je comprends sous cette dénomination toute inflammation qui, développée sur un organe malade ou loin de lui, modifie sa vitalité de telle façon, qu'il peut réagir contre la maladie dont il est atteint.

De là, je reconnais deux espèces d'inflammation réactive : l'une *résolutive*, qui se développe sur l'organe malade lui-même ; l'autre *révulsive* ou *dérivative*, qui se développe loin de lui.

§ Ier.

Inflammation résolutive.

Un organe est atteint de phlegmasie chronique ; une inflammation aiguë naît sur le même organe, parcourt ses diverses périodes et disparaît ; l'inflammation chronique a aussi disparu en même temps. C'est de la même façon que l'on voit guérir des engorgements chroniques de certaines glandes.

Desault, dans ses OEuvres chirurgicales, parle de deux cas d'hydrocèle compliqués d'engorgement considérable du testicule. Dans ces deux cas, l'inflammation développée dans la tunique vaginale par l'injection irritante, s'était propagée au testicule dont l'engorgement disparut avec l'inflammation aiguë, provoquée par l'opération (1).

De pareils faits ne sont pas rares aujourd'hui dans la science. Qui est-ce qui n'a pas d'exemple d'ophtalmie chronique rebelle et guérissant spontanément par son passage à l'état aigu ?

---

(1) Desault, *OEuvres chirurgicales*, tom. II, pag. 444.

Ne voyons-nous pas aussi tous les jours des personnes atteintes de suintement blennorhagique, connu sous le nom de *goutte militaire*, et se plaignant de ce qu'aucun des remèdes qu'on leur a conseillés n'a produit le moindre effet, se trouver spontanément guéries de leur maladie chronique à la suite d'une nouvelle urétrite aiguë? M. Ricord, on le sait, a été jusqu'à conseiller, pour guérir ce genre de maladie, de contracter une blennorrhagie aiguë, qui jugerait l'affection chronique et qu'on pourrait alors traiter par des moyens appropriés.

Quelle est aussi la conduite du chirurgien dans les phlegmasies chroniques des membranes muqueuses? Il cherche à provoquer un inflammation aiguë curative, en employant des substances irritantes, telles que le vin, l'alcool, l'alun, le nitrate d'argent, etc.

Dans les conjonctivites chroniques, on a conseillé des collyres irritants avec les topiques déjà cités, le sulfate de zinc, de cuivre, le chlorure de sodium, etc., toujours dans le même but. Si l'on examine l'organe malade après l'application du topique irritant, on s'aperçoit le plus souvent que tous les phénomènes inflammatoires ont augmenté momentanément d'intensité et d'acuité. Mais bientôt cette intensité diminue, les symptômes disparaissent peu à peu, et l'inflammation chronique se trouve ainsi guérie. On a presque toujours besoin de revenir plusieurs fois à l'application de ces topiques, et malgré cela,

il arrive souvent qu'on ne peut se rendre maître du mal.

Dans les gengivites, dans les stomatites chroniques, dans les engorgements chroniques des amygdales, l'acide hydrochlorique, l'alun, le nitrate d'argent, etc., sont aussi employés dans le même but. Certains des moyens dont on se sert pour guérir les urétrites chroniques, les vaginites, les engorgements chroniques du col de l'utérus, reposent encore sur le même principe.

On le voit, l'inflammation résolutive est surtout utile dans la guérison des maladies chroniques et, en particulier, des phlegmasies chroniques des muqueuses.

Il n'en est pas de même des inflammations révulsives, qui servent également de moyens curateurs aux maladies aiguës et chroniques.

§ II.

Inflammation révulsive ou dérivative.

Ce genre d'inflammation, comme son nom l'indique, déplace pour ainsi dire le mal. On pourrait presque l'appeler, dans certains cas, inflammation métastatique; car, en effet, il se produit alors une véritable métastase heureuse.

Ainsi, l'on voit une pneumonie aiguë disparaître à

l'apparition d'un abcès phlegmoneux à un membre. Andral en rapporte un exemple. « On sait, dit »M. le professeur Boyer, dans sa thèse de concours, »que des érysipèles, des phlegmasies cutanées de »toutes les espèces, des phlegmons ont quelque»fois servi de crise à des maladies de bien des genres (1).»

Tout le monde sait que, le plus souvent, les hémorrhagies dites physiologiques cessent pendant le cours d'une maladie inflammatoire quelconque, et quoique je ne connaisse pas d'exemples d'hémorrhagies morbides arrêtées ou prévenues par une phlegmasie, je n'hésite pas à croire que cela ne puisse arriver, à moins que l'on n'ait à faire à une hémorrhagie traumatique.

Dans les maladies de la classe des névroses, l'inflammation agit quelquefois puissamment, soit pour les guérir, soit pour les suspendre momentanément. Ainsi, pour les névralgies, un malade atteint d'odontalgie voit-il une fluxion se développer à la joue, la douleur odontalgique disparaît.

J'ai vu moi-même un sujet ayant des attaques d'épilepsie presque tous les jours, et qui avait été saigné deux fois dans l'espace d'un mois, sans que

---

(1) Léon Boyer, *Quelle est la part de la nature et quelle doit être celle de l'art dans la guérison des maladies chirurgicales?* Montpellier, 1845, pag. 81.

ces évacuations sanguines lui procurâssent le moindre soulagement; être atteint de phlébite à la suite d'une troisième saignée, et ne plus avoir d'attaques pendant tout le temps que lui dura cette phlegmasie.

Les maladies spécifiques elles-mêmes paraissent recevoir l'influence thérapeutique de l'inflammation révulsive. Je possède, à ce sujet, une observation que je ne puis me dispenser de citer dans ce travail.

Il y a environ trois ans, est entrée à l'hôpital de....., une femme âgée de 28 ans, d'une bonne constitution et enceinte de six mois et demi. Un an avant, elle avait contracté une syphilis qui s'était manifestée par des chancres au vagin et à l'appareil génital externe. Ces chancres avaient disparu par la cautérisation avec le nitrate d'argent, sans qu'il fût employé contre eux aucun traitement antisyphilitique. Environ deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle a vu survenir à la vulve, au vagin et à l'anus des pustules plates; six jours après son arrivée dans nos salles, elle accoucha, par avortement, d'un enfant mort-né, qui depuis deux jours ne donnait plus aucun signe de vie. A la suite de cet avortement, il se développa chez la malade un énorme phlegmon sous-auxiliaire qui nécessita deux applications de sangsues.

Le phlegmon une fois guéri, on voulut examiner ses parties génitales pour la soumettre à un traite-

ment mercuriel ; mais presque toutes les traces syphilitiques avaient disparu, à peine s'il restait à l'anus quelques excoriations peu profondes.

Dans cette observation, ne peut-on pas attribuer la disparition de ces symptômes à la révulsion puissante occasionnée par le phlegmon, aidée par le traitement antiphlogistique employé contre cette phlegmasie ?

C'est l'inflammation qui fait la principale base de la médication révulsive. L'art cherche ainsi à faire naître une révulsion ou une dérivation favorable ; et ce n'est pas dans un autre but que l'on se sert du séton dans certains cas de maladies chroniques des yeux, des oreilles ou même de l'encéphale.

Les vésicatoires qui sont d'une application si fréquente en thérapeutique, agissent le plus souvent comme dérivatifs.

Les moxas, les cautères, les frictions irritantes avec le tartre stibié, la térébenthine, etc..., que l'on emploie dans un si grand nombre de maladies, sont aussi destinés à produire une révulsion ou une dérivation ; et tous ces moyens, personne ne peut en douter, déterminent de véritables inflammations.

Pour terminer ce que j'ai à dire sur l'inflammation révulsive, il me resterait encore à examiner une classe de révulsifs puissants, je veux parler des purgatifs. Mais, en général, l'action du purgatif est complexe ; et je dirai même mieux, il ne

détermine le plus souvent qu'une fluxion sur le tube intestinal, au lieu d'une véritable inflammation. Aussi ne m'en occuperai-je point.

—

CONCLUSIONS.

I. L'inflammation n'est pas toujours un état morbide nuisible et dangereux ; elle sert souvent de moyen curateur.

II. L'inflammation est un acte essentiellement créateur.

III. Un certain degré d'inflammation est toujours nécessaire à l'adhésion et à tout phénomène plastique.

IV. Si l'on peut dire que l'inflammation est quelquefois destructive, ce n'est que par exception; et, dans tous les cas, immédiatement après l'acte destructeur nécessaire pour la guérison, on voit reparaître dans toute son intégrité l'acte réparateur qui achève la guérison commencée par le premier.

V. L'inflammation peut, en se développant sur un organe malade, modifier sa vitalité de telle sorte que cet organe puisse réagir contre la maladie.

VI. L'inflammation est un des plus puissants agents de la médication révulsive.

FIN.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Sur lesquelles le Candidat doit répondre verbalement, en exécution de l'Arrêté du 22 Mars 1842.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACIE.

Comment reconnaître si le vinaigre contient de l'acide sulfurique?

CHIMIE GÉNÉRALE ET TOXICOLOGIE.

Décrire d'une manière générale l'action des divers acides sur les bases.

BOTANIQUE.

Le changement prompt des couleurs des champignons quand on les coupe ou quand on les écrase, est-il un caractère propre aux espèces vénéneuses?

ANATOMIE.

Des anastomoses nerveuses.

PHYSIOLOGIE.

Quels rapports, quelles ressemblances, quelles différences peuvent exister entre une sécrétion et une pensée? En d'autres termes, y a-t-il une commensurabilité entre la sécrétion d'une humeur récrémentielle ou excrémentielle, et une opération mentale?

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES.

Difficultés dans l'étendue des causes.

PATHOLOGIE MÉDICALE OU INTERNE.

Diagnostic différentiel de la méningite et de l'encéphalite.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE OU EXTERNE.

Des difformités produites par les brûlures et des moyens d'y remédier.

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE.

La fièvre est-elle une affection élémentaire ou un effet morbide, ou un agent thérapeutique employé par la nature pour la guérison?

OPÉRATIONS ET APPAREILS.

Des moyens de suspendre la circulation du sang dans un membre.

MÉDECINE LÉGALE.

De l'avortement.

HYGIÈNE.

Du tabac, de ses effets lorsqu'il est pris en poudre et lorsqu'il est fumé.

ACCOUCHEMENTS.

Des signes précurseurs de l'enfantement.

CLINIQUE INTERNE.

De l'influence des constitutions médicales sur les caractères et le traitement de la syphilis.

CLINIQUE EXTERNE.

De l'air entré dans les veines.

SUJET DE THÈSE.

Essai sur l'inflammation curative au point de vue chirurgical.